



Sygn. akt IV CSK 343/14

WYROK W IMIENIU RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Dnia 25 lutego 2015 r.

Sąd Najwyższy w składzie:

SSN Marian Kocon (przewodniczący)

SSN Jan Górski (sprawozdawca)

SSN Anna Owczarek

Protokolant Izabela Czapowska

w sprawie z powództwa Narodowego Funduszu Zdrowia w W. Oddziału
Wojewódzkiego w B.

przeciwko S. J. K., S. T. K., P. S. i N. Spółce z ograniczoną odpowiedzialnością w
K.

o zapłatę,

po rozpoznaniu na rozprawie w Izbie Cywilnej

w dniu 25 lutego 2015 r.,

skargi kasacyjnej pozwanego S. J. K.

od wyroku Sądu Apelacyjnego

z dnia 18 grudnia 2013 r.,

**oddala skargę kasacyjną i zasądza od pozwanego S. J.
K. na rzecz powoda kwotę 5 400 (pięć tysięcy czterysta) złotych
tytułem kosztów postępowania kasacyjnego.**

UZASADNIENIE

Sąd Okręgowy w B. wyrokiem z dnia 29 maja 2013 r. zasądził od pozwanych N. Spółka z o.o. z siedzibą w K., S. J. K., S. T. K. i P. S. solidarnie na rzecz powoda Narodowego Funduszu Zdrowia kwotę 948 836,24 zł z ustawowymi odsetkami od dnia 21 grudnia 2010 r. do dnia 3 stycznia 2011 r. oraz od dnia 8 października 2011 r. do dnia zapłaty i orzekł o kosztach postępowania.

Sąd ustalił, że pozwana N. sp. z o.o. (przed przekształceniem w dacie zawierania umowy Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej N.- K. & S. Spółka Jawna z siedzibą w K.) utworzyła 16 NZOZ-ów działających na terenach poszczególnych województw, w tym Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej N. Ziemia P. w B. działający w województwie p. Jednostki te działały w oparciu o ówczasie obowiązującą ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 91, poz. 408), jako wyodrębniony organizacyjnie zespół, którego przedmiotem działalności jest udzielenie świadczeń zdrowotnych na obszarze określonym w statucie.

Po przeprowadzeniu postępowania konkursowego nr [...] strony w dniu 31 grudnia 2008 r. podpisały umowę nr [...], w której jako świadczeniodawca figuruje Niepubliczny Zakład Zdrowotnej N. Ziemia P. Umowa została zawarta na okres od dnia 1 stycznia 2009 r., a jej przedmiotem było udzielenie przez świadczeniodawcę świadczeń opieki zdrowotnej z rodzaju „świadczenia zdrowotne kontrolowane odrębnie” w zakresach określonych w załączniku nr I do umowy.

W dniach 20 lipca 2010 r. - 6 września 2010 r. powód - działając w oparciu o przepis art. 64 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jedn. tekst: Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, dalej: „u.ś.o.z.”) - przeprowadził u pozwanego, kontrolę w zakresie udzielanych świadczeń zdrowotnych kwalifikowanych odrębnie w latach 2009-2010, w odniesieniu do żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych ze szczególnym uwzględnieniem organizacji i sposobu udzielenia świadczeń pod względem wymagań określonych w umowie oraz dokumentacji medycznej dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Według protokołu pokontrolnego, nieprawidłowości w zakresie

wykonywania umowy, doprowadziły do nienależnego przekazania przez Fundusz świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych w kwocie 1 235 760,24 zł. Na należność główną składała się kwota 443.344,00 zł dotycząca świadczeń, które zgodnie z wynikami kontroli zostały wykonane przez innych świadczeniodawców i niezasadnie przedstawione powodowi do rozliczenia oraz kwota 463.056,00 zł związana z nieprawidłowościami w objęciu opieką pacjentów do żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych, bez kwalifikacji szpitalnej. Do tego wystąpienia pokontrolnego pozwany wniósł zastrzeżenia, których zasadność powód częściowo uznał, korygując kwotę dotyczącą wartości nienależnie przekazanych pozwanemu środków finansowych do kwoty 1 121 692,00 zł.

Strona pozwana w dniu 20 grudnia 2010 r. złożyła zażalenie na czynności Dyrektora NFZ skarżąc między innymi wezwanie do zapłaty kwoty 1 164 128,24 zł. oraz nieuwzględnienie całości zastrzeżeń pozwanego do wystąpienia pokontrolnego. Prezes NFZ nie uwzględnił tego odwołania, a następnie pismem z dnia 15 listopada 2010 r. powód w oparciu o § 36 ust. 1 pkt 5 i 7 rozwiązał ze stroną pozwaną umowę [...] bez zachowania okresu wypowiedzenia, powołując się na nieprawidłowości, które wykazało postępowanie kontrolne.

Powód łączył dochodzone roszczenie z faktem niewłaściwego wykonania przez stronę pozwaną umowy podnosząc, że kontrola ujawniła nieprawidłowości w tym zakresie. Analiza raportów statystycznych realizacji świadczeń oraz dokumentacji medycznej 125 pacjentów w zakresie żywienia dojelitowego i pozajelitowego dokonana przez powoda wykazała, że w przypadku 66 pacjentów świadczenia faktycznie wykonywane były przez innych świadczeniodawców spoza obszaru właściwości P. Oddziału Funduszu, którzy nie posiadali umowy z powodem dotyczącej tego rodzaju świadczeń. Świadczenia udzielane były m. in. przez NZOZ N. G., NZOZ N. M., NZOZ N. O. oraz NSZOZ N. W., których założycielem była strona pozwana. Świadczeniodawcy ci nie posiadali z powodem zawartych umów, zaś świadczenia były udzielane poza obszarem właściwości powoda w domach pacjentów, nadto świadczeń tych udzielały osoby nie ujęte w potencjale wykonawczym NZOZ N. Ziemia P. Wartość tych świadczeń po korekcie wynosiła dochodzoną kwotę 443 344 zł.

Inny rodzaj stwierdzonych nieprawidłowości dotyczył braku kwalifikacji pacjentów, którym świadczeń udzielał NZOZ N. Ziemia P. do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego. Wymaganie takiej kwalifikacji dokonanej w szpitalu było warunkiem koniecznym według obowiązujących przepisów - załącznika nr 4 i 3 do Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 82/2008/DSC z 2008 r. i 68/2009/DSOZ z 2009 r. do udzielenia tych świadczeń, gdyż stanowiły, że kwalifikacja leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu.

Kontrola wykazała, że w 32 przypadkach świadczenie zostało wykonane pomimo nie posiadania przez pacjentów kwalifikacji szpitalnej, co według oceny Sądu pierwszej instancji dawało podstawę do oceny wydatkowania na rzecz pozwanej nienależnych środków finansowych za te świadczenia. Sąd pierwszej instancji zgodził się z argumentacją powoda, że poprawna kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych ma miejsce wtedy, gdy pacjent posiada kartę informacyjną leczenia szpitalnego, poświadczającą przeprowadzenie kwalifikacji do leczenia żywieniowego dojelitowego lub pozajelitowego w szpitalu, lub skierowanie do leczenia żywieniowego w warunkach domowych wystawione przez lekarza wypisującego pacjenta ze szpitala wraz z kartą zawierającą wypisy o zastosowanym leczeniu żywieniowym w trakcie hospitalizacji. Sąd pierwszej instancji zauważył, że strona pozwana wątpliwości interpretacyjne zgłosiła, co do zasad kwalifikacji tego typu leczenia dopiero podczas zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego; nie miała ich natomiast jeszcze w trakcie kontroli, kiedy w ich toku, w dniu 21 lipca 2010 r. złożyła powodowi oświadczenie, iż następuje ono po kwalifikacji szpitalnej w karcie wypisowej ze szpitala.

Sąd Okręgowy uznał, że stroną umowy jest świadczeniodawca, nie zaś organ założycielski, ponieważ w myśl art. 5 pkt 41 lit. a u.ś.o.z. (w brzmieniu obowiązującym w okresie udzielania kontrolowanych przez powoda usług), świadczeniodawcą jest między innymi zakład opieki zdrowotnej wykonujący zadania określone w jego statucie. Natomiast zakład opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (jedn. tekst: Dz.U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, dalej: „u.z.o.z.”), jest wyodrębnionym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych utworzonym i utrzymanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia, przy czym jak wynika z art. 2 ust. 2 tej

ustawy, zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej.

Wyraził pogląd że niezależnie od tego, iż umowę z Funduszem podpisuje posiadający osobowość prawną właściciel, ZOZ jako świadczeniodawca musi spełniać wymagania przedstawione w ofercie, i on jest faktycznym realizatorem (oferentem, a następnie świadczeniodawcą) i w sprawie był nim NZOZ N. Ziemi P., a nie spółka będąca jego organem założycielskim. Poza tym, nie miał wątpliwości, że w świetle art. 553 k.s.h. obecna forma prawna strony pozwanej w postaci spółki z o.o. jest następcą prawnym spółki jawnej i przysługują jej wszystkie prawa i obowiązki spółki przekształcanej.

Sąd pierwszej instancji podniósł, że łącząca strony umowa określała precyzyjnie nie tylko świadczeniodawcę i jego potencjał osobowy, przy pomocy którego miał realizować świadczenia, ale również zakres terytorialny działania. Jak bowiem wynika ze statutu NZOZ N. Ziemi P., zakresem jego działania było województwo podlaskie. Umowa przewidywała zatem finansowanie świadczeń udzielanych przez konkretnego świadczeniodawcę na konkretnym obszarze. Zatem pozwany do P. Oddziału NFZ do rozliczenia mógł zgłosić jedynie świadczenia wykonywane bezpośrednio przy pomocy potencjału, który wykazał w umowie, na terenie objętym działalnością P. Oddziału NFZ oraz zakresem działania świadczeniodawcy. W rezultacie za sprzeczne z umową uznał zgłoszenie do rozliczenia świadczeń wykonywanych przy pomocy NZOZ działających na terenie innych województw, przy pomocy innego potencjału wykonawczego, dla których wspólny był jedynie organ założycielski. Podkreślił stanowczo, że oferta powoda dotyczyła realizacji świadczeń odrębnie kontraktowanych, żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych tylko na terenie województwa p. W rezultacie doszedł do wniosku, że w zakresie kwestionowanych przez powoda świadczeń na kwotę 443.344 zł strona pozwana przedstawiła do rozliczenia świadczenia nieodpowiadające powyższym wymaganiom, a zatem naruszające warunki zawartej pomiędzy stronami umowy. Zwrócił uwagę, że jak wynika z § 1 umowy stron świadczeniodawca był zobowiązany ją wykonywać zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej ze

środków publicznych, rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r., w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484, dalej: „rozp.”), odrębnych przepisach oraz zgodnie z zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wydawanymi na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 u.ś.o.z.

Sąd Okręgowy wskazał, że zgodnie z zasadami zawartymi w załączniku nr 5 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29.08.2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ASO (Dz.U. Nr 139, poz. 1142) żywienie dojelitowe w warunkach domowych polega na podawaniu substancji odżywczych w sposób inny niż doustnie przez przetok[^] odżywczą lub zgłębnik wprowadzony do żołądka, dwunastnicy lub jelita cienkiego. Jako niezasadne ocenił stanowisko strony pozwanej, że zarządzenie Prezesa NFZ z nr 68/2CI09/DSOZ znosiło wymaganie kwalifikacji szpitalnej do leczenia żywieniowego w warunkach domowych. Podniósł, że przeczy temu treść załącznika Nr 3 do tego zarządzenia wskazująca na taką konieczność.

Odnosząc się do zarzutu strony pozwanej, że brak kwalifikacji szpitalnej do leczenia żywieniowego jest skutkiem zaniedbania lekarzy pracujących w szpitalu, którzy nie wypełniali właściwie swoich obowiązków w zakresie wystawiania dokumentacji wskazał, iż świadczeniodawca mógł udzielać świadczeń zdrowotnych w określonych warunkach, a w tym przypadku podstawowym wymaganiem było uzyskanie kwalifikacji szpitalnej, zatem w przypadku jej braku pozwany świadczeń takich nie mógł udzielić, bądź udzielając powinien, wystąpić od razu o sanowanie tego braku w trakcie leczenia, aby nie działać na szkodę pacjenta. Tymczasem, strona pozwana nie wykazała, aby dokonywała jakichkolwiek działań zmierzających do sanowania tego braku przed udzielaniem świadczenia lub w trakcie, zaś niedokładność prowadzenia dokumentacji medycznej wskazana w pozwie wskazuje, iż było to niedopatrzenie ze strony pozwanej skutkujące wykonywaniem świadczeń niezgodnie z postanowieniami umowy. W rezultacie ocenił, że także żądanie zapłaty 463 056 zł było uzasadnione.

Sąd Okręgowy wskazał także, że podstawą zasądzenia kary umownej w łącznej kwocie 42 436.24 zł były § 7 ust. 1 wiążącej strony w 2009 r. umowy i § 6

ust. 1 wiążącej strony w 2010 r. umowy - w związku z § 29 i § 30 ust. 1 pkt 2 lit. c rozporządzenia. Za podstawę solidarnej odpowiedzialności pozwanych uznał art. 553 i art. 574 k.s.h.

Apelację pozwanych Sąd Apelacyjny wyrokiem z dnia 18 grudnia 2013 r. oddalił. Zaaprobował i uznał za własne ustalenia Sądu pierwszej instancji, w tym co do związania stron węzłem umownym od dnia 31 grudnia 2008 r. i wypowiedzenia umowy przez Fundusz w dniu 15 listopada 2010 r., po uprzednim wezwaniu do zapłaty kwoty nienależnie wypłaconych przez powoda świadczeń wraz z karą umowną. Podzielił w zasadzie także argumentację prawną Sądu pierwszej instancji i wskazane podstawy odpowiedzialności pozwanych.

Przychylił się jednak do stanowiska prezentowanego przez stronę pozwaną, że stroną umowy zawartej z powodem była spółka jawna, nie zaś prowadzony przez tę spółkę NZOZ N. Ziemia P. Podniósł jednak, że pogląd ten nie powoduje, iż spółka jawna, mająca status strony umowy, mogła w dowolny sposób tj. z użyciem różnych innych swoich zakładów umowę realizować. Podniósł, że pojęcie świadczeniodawcy zostało zdefiniowane w art.5 pkt. 41 u.ś.o.z., przy czym status ten - w brzmieniu ustawy obowiązującym w grudniu 2008 roku - przyznany został także m.in. zakładom opieki zdrowotnej. Stan taki nastroczał problemy natury jurystycznej, bowiem ustawodawca posługując się wielokrotnie w tekście ustawy pojęciem świadczeniodawcy odnosił to oczywiście do definicji sformułowanej na potrzeby ustawy, nie dostrzegając, iż mieści ona w sobie podmioty prowadzone w różnych formach organizacyjnych, spośród których część nie mogła uczestniczyć w obrocie cywilnoprawnym. Do dnia wejścia w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217), która zniósła ten problem i przyznała wprost podmiotowość leczniczą samodzielnym publicznym zakładom opieki zdrowotnej, działalność zakładów uregulowana była przepisami ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 1 tej ustawy za zakład taki uznawano wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia. Rozróżniane przy tym były zakłady opieki zdrowotnej publiczne i niepubliczne, jednakże ustawa w żaden

sposób nie określała formy prowadzenia tych ostatnich, choć przecież niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (w przeciwieństwie do publicznego) nie został wyposażony w zdolność sądową, ani osobowość prawną, co stanowiło też przeszkodę do uznawania go za stronę czynności cywilnoprawnej, mogącą następnie występować w postępowaniu sądowym (por. postanowienie Sądu Najwyższego z dnia 13 kwietnia 2005 r., V CK 729/04, LEX nr. 277117).

Wyraził pogląd, że nie oznaczało to - wbrew odmiennemu zapatrywaniu pozwanych - jakoby spółka uprawniona była do realizacji umowy przez inne swoje zakłady (jako inne części przedsiębiorstwa) znajdujące się w jej strukturze organizacyjnej. Rozstrzygające znaczenie w tej mierze miała treść umowy. Ta zaś - wobec stanowczego brzmienia § 2 pkt 2 i 3 - nie pozostawia wątpliwości, że świadczenia w poszczególnych zakresach miały być udzielane zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr. 2 („Harmonogram - zasoby) i tylko w oparciu o potencjał tam opisany, rozumiany jako sprzęt i osoby przewidziane do udzielania świadczeń. Co więcej, zapis § 2 pkt 9 przewidywał obowiązek bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy.

Skoro zatem spółka ubiegając się o zawarcie umowy z Funduszem przedstawiła potencjał do realizacji umowy w postaci zespołu osób i sprzętu znajdujących się w NZOZ N. Ziemia P. i wprost określiła miejsce realizacji świadczeń, a zostało to przez Fundusz zaakceptowane (zob. harmonogram - zasoby, umieszczony w załączniku nr 4, segregator załączników - tom I), to oznacza, że tylko w konkretnym miejscu i w oparciu o konkretną bazę mogła być realizowana umowa. Podkreślił, że nie mógł ująć z pola jego widzenia fakt, że na realizację umowy NFZ przekazuje środki publiczne, stąd oczywisty jest rygoryzm już na etapie zawierania umowy przy określaniu bazy, w oparciu o którą świadczeniodawca zamierza realizować umowę, bo w sposób niewątpliwy wpływa to na skalę jego działalności i zakres wydatków. Wskazał, że nie do przyjęcia byłaby sytuacja, w której spółka - prowadząca na terenie kraju kilkanaście niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej - przedstawia do refundacji poza zakresem zawartej umowy z wybranym oddziałem wojewódzkim NFZ świadczenia

realizowane przez zakłady znajdujące się w różnych województwach, kierując się w tej mierze swym dowolnym uznaniem.

Podkreślił, że Sąd pierwszej instancji nie dopuścił się też naruszenia art. 29 u.ś.o.z. przez jego niewłaściwe zastosowanie i uznanie, że świadczeniobiorca nie ma prawa wyboru świadczeniodawcy spośród wszystkich, którzy zawarli umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia. Uznał, że prawo takie świadczeniobiorcy oczywiście przysługuje i Sąd pierwszej instancji to zauważył. W sprawie nie zostało jednak wykazane przez stronę pozwaną, aby taka grupa świadczeniobiorców w ogóle istniała. Podniósł, że żaden z pacjentów, na rzecz których wykonały świadczenia inne NZOZ-y spółki nie był leczony w NZOZ Ziemia P., a jedynie przedstawiony do rozliczenia P. Oddziałowi NFZ, tak jakby był tu leczony. W efekcie pozwani w ramach NZOZ Ziemia P. otrzymali należności za świadczenia realizowane przez inne zakłady spółki na terenie innych województw, co ewidentnie było sprzeczne z umową.

Zauważył, że w postępowaniu apelacyjnym zostały przedłożone zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 14 października 2008 r. (82/20 08/DS0Z) i z dnia 3 listopada 2009 r. (68/2009/DSOZ) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Odnosząc się do podnoszonej przez stronę pozwaną (k. 481) sprzeczności w brzmieniu załączników 3 i 4 do tego ostatniego zarządzenia (w zakresie wymogu kwalifikacji szpitalnej) wskazał, że strony - wobec zawarcia umowy 30 grudnia 2008 r. związane były tylko treścią zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 14 października 2008 r., bowiem następne zarządzenie, jak o tym wprost stanowił jego paragraf 13, stosowane było do postępowania w sprawie zawarcia lub zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poczynając od umów zawieranych na 2010 rok, podczas gdy umowa stron już uprzednio (w 2008 r.) została zawarta do 31.12.2011 r., więc podlegała wymogom tylko pierwszego z tych zarządzeń.

W zarządzeniu tym wskazano (§ 9), że sposób i warunki udzielania świadczeń określone zostały w załączniku nr 4 do tego zarządzenia, przy czym świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy powinien spełniać (a więc zapewnić, że spełni) wymagania określone w załączniku nr 3. Załącznik nr 4 w pkt

1.2. definiował żywienie dojelitowe jako rodzaj leczenia żywieniowego polegający na podawaniu białka, tłuszczów, elektrolitów, witamin, pierwiastków śladowych i wody, przy użyciu diet innych niż naturalne i w sposób inny niż doustnie w domu chorego, wraz z kompleksową opieką nad chorym, obejmującą szczegółowo tam wymienione czynności. Z kolei załącznik nr 3, jako wymagany warunek do udzielania świadczeń w zakresie leczenia żywieniowego w warunkach domowych, a co za tym idzie i do pokrycia ich kosztów przez Fundusz, postawił wymaganie kwalifikacji szpitalnej. Wskazał, że sformułowanie „kwalifikacja odbywa się w szpitalu” nie może być rozumiane, jako czynność faktyczna polegająca li tylko na założeniu np. gastrostomii, która sama w sobie nie wyłącza automatycznie odżywiania doustnego i z użyciem tzw. diety kuchennej.

Wyraził pogląd, że wymaganie kwalifikacji szpitalnej ma charakter formalny, gdyż w obszarze świadczeń medycznych formalizm tego rodzaju jest praktykowany ze względu na zaangażowanie środków publicznych. Zauważył, że nikt nie neguje potrzeby przedłożenia skierowania do leczenia specjalistycznego nawet w sytuacji, gdy leczenie takie wydaje się oczywiste. Podkreślił, że przy zawieraniu umowy świadczeniodawca był świadom istnienia tych wymagań formalnych i na nie się godził. Za znamienne w tej kwestii uznał oświadczenie S. J. K. złożone do protokołu kontroli w dniu 27 lipca 2001 r., którym potwierdził, że w pierwszym etapie chorego zgłasza oddział szpitalny, opisując konieczność żywienia dojelitowego w skierowaniu i karcie wypisowej ze szpitala, w drugim etapie weryfikacji wskazań dokonuje lekarz NZOZ N.

Podkreślił, że w żadnym razie - przy brzmieniu umowy łączącej strony - nie może być uznana za należyte wykonywanie umowy realizacja świadczeń podjęta jedynie w oparciu o skierowania lekarzy pracujących w różnych placówkach medycznych i zatrudnionych w NZOZ N. Ziemia P.

Za błędny uznał pogląd strony pozwanej (k. 124), że żaden akt Prezesa NFZ nie obligował podmiotów szpitalnych do przeprowadzenia kwalifikacji w sytuacji, gdy świadczeniobiorca przebywał w szpitalu. Wskazał, że takie wymaganie wydawania kwalifikacji do leczenia żywieniowego wynika z § 16 zarządzenia Prezesa NFZ z II.06.2008r.32/2008/DS0Z w sprawie określenia warunków

zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne (wymaganie karty kwalifikacyjnej do żywienia jelitowego i pozajelitowego oraz załączenia dokumentacji związanej z leczeniem żywieniowym do historii choroby pacjenta). Podniósł, że także § 16 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 grudnia 2006r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 247, poz. 1819) obowiązującego w latach 2009 i 2010 stanowił, że w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać między innymi zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu - jego datę oraz wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia. W rezultacie uznał, że bądź to skierowanie do poradni żywienia dojelitowego, bądź zawarte w karcie informacyjnej pacjenta wskazania do stosowania takiego żywienia stanowiło tzw. kwalifikację szpitalną, niezbędną do udzielania świadczeń przez zakład strony pozwanej.

Dokonując analizy pod tym kątem 32 przypadków zakwestionowanych przez pozwaną doszedł do wniosku, że takiej kwalifikacji w istocie nie było. Poza tym, zwrócił uwagę, na zauważalny upływ czasu w tych wypadkach, pomiędzy opuszczeniem przez każdego z tych pacjentów szpitala do chwili podjęcia realizacji świadczeń przez zakład pozwanego i wykazaniem ich do rozliczenia - od tygodnia do nawet kilku lat.

Sąd Apelacyjny wskazał, że odpowiedzialność pozwanych wynika § 28 rozp., którym unormowano, że w przypadku stwierdzenia przez oddział wojewódzki NFZ przekazania świadczeniodawcy nienależnych środków finansowych kwota przekazanych środków podlega zwrotowi w terminie 14 dni od otrzymania wezwania do zwrotu, przy czym w przypadku wyczerpania procedury (kontrolnej) określonej w art. 64 u.o.ś.z. oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu przysługuje prawo potrącenia nienależnie przekazanych środków wraz z odsetkami ustawowymi z należności przekazanej świadczeniodawcy. Wyraził pogląd, że w takiej sytuacji nie ma potrzeby odwoływania się do przepisów art. 410 k.c. i 411 k.c., które regulują przypadki świadczenia nienależnego. Jego zdaniem, nie można konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz umownych stosunków zobowiązaniowych. Niezasadny zatem okazał

się sformułowany w apelacji zarzut naruszenia tych przepisów oraz art. 155 u.o.ś.z. odsyłającego do kodeksu cywilnego w przypadkach nieuregulowanych ustawą.

Podniósł, że również umowa stron przewidywała możliwość nałożenia przez Fundusz kary umownej w trybie i na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z racji niewykonania lub nienależytego wykonania umowy, a zatem trafnie Sąd Okręgowy odwołał się do treści § 29 rozp. Wskazał, że działanie świadczeniodawcy może bowiem stanowić w określonych okolicznościach jednocześnie podstawę do sformułowania wezwania do zwrotu nienależnych środków finansowych oraz podstawę do nałożenia kary umownej z tytułu np. przedstawienia przez świadczeniodawcę danych niezgodnych ze stanem faktycznym, na podstawie których NFZ dokonał płatności nienależnych środków finansowych.

W skardze kasacyjnej opartej na zarzucie naruszenia prawa materialnego pozwany zarzucił naruszenie:

1. punktu 2.1 ust. 6 załącznika Nr 3 do Zarządzenia nr 82/2008/DSC) Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 października 2008r. w sprawie warunków udzielania świadczeń w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych przez dokonanie błędnej wykładni pojęcia „kwalifikacja” i przyjęcie, że sformułowanie „kwalifikacja odbywa się w szpitalu” nie może być rozumiane jako czynność faktyczna,

2. § 16 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. 247 poz.1819), przez jego zastosowanie i przyjęcie, że zawarte w karcie informacyjnej pacjenta wskazania do stosowania żywienia dojelitowego stanowiło tzw. kwalifikację szpitalną,

3. § 16 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11.06.2008 r., 32/2008/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne, przez jego zastosowanie dla wykładni określenia sformułowania „kwalifikacja odbywa się w szpitalu” w sytuacji, gdy przepisy tego rozporządzenia określają warunki zawierania umów o świadczenia w rodzaju

leczenia szpitalne a zatem dotyczą wyłącznie świadczeń udzielanych w szpitalach, a świadczenia udzielane przez pozwanego były realizowane w warunkach domowych,

4. § 28 rozp., przez jego zastosowanie jako podstawy prawnej żądania powoda, podczas gdy „nienależność przekazanych środków winna być oceniona w kontekście art. 410 i 411 k.c., a to powinno prowadzić do oddalenia powództwa.

W konkluzji wniósł o uchylenie zaskarżonego wyroku oraz poprzedzającego go wyroku Sądu Okręgowego w B. i oddalenie powództwa oraz orzeczenie o kosztach postępowania, ewentualnie o uchylenie zaskarżonego wyroku i przekazanie sprawy do ponownego rozpoznania i rozstrzygnięcia o kosztach postępowania.

Sąd Najwyższy zważył, co następuje:

Z ustawowych obowiązków Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na zapewnieniu ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych na zasadzie bezpłatności lub częściowej odpłatności, organizowaniu świadczeń i redystrybucji środków finansowych nie można wywieść obowiązku zapłaty za każde świadczenie udzielone ubezpieczonemu. Jego źródłem zawsze musi bowiem być stosunek zobowiązaniowy wynikający z umowy, jednostronnej czynności prawnej, ustawy, aktu administracyjnego lub innych zdarzeń prawnych, ponadto istotą systemu jest limitowane zaspokajanie zmiennych, ale rzeczywiście istniejących, potrzeb świadczeniobiorców. Podstawą świadczeń, wyznaczającą ich maksymalny zakres przedmiotowy, jest bowiem - co do zasady - umowa zawierana pomiędzy NFZ a zakładem jako świadczeniodawcą. Koszty świadczeń, wykraczających poza obowiązki NFZ wynikające z umowy, powinny być pokrywane z własnych środków pacjentów, a w ich braku finansowane w ramach systemu opieki społecznej, (por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, LEX nr 1224682).

Zakres praw i obowiązków stron, zgodnie z art. 353¹ k.c., ukształtowany został nie tylko treścią umowy, ale i przepisami prawa, w tym ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniem w sprawie ogólnych warunków umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozporządzenie to, jak wskazuje się w orzecznictwie i doktrynie, ma charakter aktu normatywnego należącego do systemu źródeł prawa w rozumieniu art. 87 ust. 1 Konstytucji RP, bezwzględnie obowiązującego, (por. wyroki Sądu Najwyższego: z dnia 17 grudnia 2010 r., III CSK 93/10, niepubl., z dnia 30 marca 2012 r., III CSK 217/11, niepubl. i z dnia 6 grudnia 2012 r., IV CSK 159/12, LEX nr 1288708). Świadczeniodawca był także zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust 1 pkt 3 i art. 159 ust 2 u.ś.o.z. Miał też obowiązek udzielania świadczeń osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne zgodnie z załącznikiem do umowy (§ 6 ust. 1 rozp.). Ograniczenie co do miejsca wykonywania świadczenia wynikało z § 7 ust. 3 rozp., który to przepis uzależniał zmianę określonego w umowie udzielenia świadczeń od pisemnej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, a zgoda taka nie została udzielona.

Poza tym, Sąd Apelacyjny trafnie podniósł, że w tej materii przesądzające znaczenie miała treść umowy. Ta zaś - wobec stanowczego brzmienia § 2 pkt 2 i 3 nie pozostawiała wątpliwości, że świadczenia w poszczególnych zakresach miały być udzielane zgodnie z harmonogramem pracy określonym w załączniku nr 2 i tylko w oparciu o potencjał tam opisany, rozumiany jako sprzęt i osoby przewidziane do udzielenia świadczeń. W rezultacie, skoro spółka ubiegając się o zawarcie umowy z Funduszem przedstawiła potencjał do realizacji umowy w postaci zespołu osób i sprzętu znajdujących się w NZOZ N. Ziemia P. i wprost określiła miejsce realizacji świadczeń województwo podlaskie, a warunki te zostały przez Fundusz zaakceptowane, to w umowie w ten sposób zostało określone konkretne miejsce wykonania świadczeń określonym sprzętem i przez wymienione osoby. Niewątpliwie więc, sprzeczne z umową było zgłoszenie rozliczenia świadczeń wykonanych przez inne zakłady spółki jawnej (NZOZ-y N.: G., M., W., O.). Trafnie Sądy *meriti* nie uznały argumentu pozwanych, jakoby wykonywanie świadczeń przez lekarzy niezgłoszonych do harmonogramu było wynikiem zwykłego przeoczenia, i w rezultacie nie mogło to niweczyć oceny wadliwości wykonania umowy.

Sądy obydwu instancji nie dopuściły się także obrazy art. 29 u.ś.o.z., choć oczywiście świadczeniobiorca ma prawo wyboru świadczeniodawcy. W sprawie jednak nie było wykazywane przez pozwanych, aby taka grupa świadczeniodawców istniała. Trafnie Sąd Apelacyjny podniósł, że żaden z pacjentów na rzecz których wykonały świadczenia inne Niepubliczne Zakłady Opieki Zdrowotnej nie był leczony NZOZ Ziemia P. Z tego względu rzeczywiście pozwani w ramach tego ostatniego Zakładu otrzymali należności za świadczenia realizowane przez inne Zakłady spółki na terenie innych województw, co stanowiło ewidentne naruszenie umowy stron.

Rozważając kwestię zakwestionowanych świadczeń z zakresu leczenia żywieniowego wykonanych bez wymagalnej kwalifikacji szpitalnej Sądy *meriti* trafnie odwołały się do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ASO (Dz.U. Nr 139, poz. 1142 ze zm.) i jego załączników wskazując, że kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu i miała charakter formalny a nie faktyczny.

Bezpośrednio odnosząc się do skargi kasacyjnej podnieść należy, że pierwszy z podniesionych zarzutów nie mógł zostać uwzględniony już z tego względu, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie wydawał powołanego w skardze kasacyjnej zarządzenia „w sprawie warunków udzielania świadczeń w zakresie żywienia pozajelitowego i dojelitowego w warunkach domowych”. Wprawdzie wydał w dniu 14 października 2008 r. wiążące strony Zarządzenie Nr 82/2006/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju „świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie”, niemniej zawiera ono treść przemawiającą za stanowiskiem Sądu Apelacyjnego. W załączniku nr 3 do tego zarządzenia zawierającego warunki udzielania świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowane, zawarte jest jednoznaczne wymaganie „że kwalifikacja do leczenia żywieniowego w warunkach domowych odbywa się w szpitalu”.

Wbrew stanowisku skarżącego, wyrażenie „kwalifikacja odbywa się w szpitalu” nie może być rozumiane w ten sposób, że jest to tylko czynność

faktyczna, gdyż odmienne rozumienie tego wyrażenia wynika z samego znaczenia słowa kwalifikacja, które niewątpliwie oznacza wydanie (świadcstwa) dokumentu potwierdzającego nadawanie się pacjenta do tego typu leczenia i konieczności jego przeprowadzenia. Jak strony rozumiały to wymaganie przekonuje oświadczenie złożone przez S. K. do protokołu kontroli z dnia 27 lipca 2010 r., który potwierdził, że na pierwszym etapie chorego zgłasza oddział szpitalny, opisując konieczność żywienia dojelitowego w skierowaniu i karcie wypisowej ze szpitala.

Wbrew zarzutowi skarżącego, Sądy *meriti* nie dopuściły się także obrazy § 16 zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. 32/2008/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania umów w rodzaju leczenie szpitalne. Omawianej materii dotyczy tylko jego ustęp 3, z którego wynika, że w przypadku rozliczania świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym świadczeniodawca zobowiązany jest do prowadzenia dokumentacji dodatkowej, którą należy włączyć do historii choroby, co a *contrario* pozwala dojść do wniosku, iż przed rozpoczęciem żywienia pozajelitowego lub dojelitowego w domu pacjenta powinien on dysponować dokumentem szpitalnym kwalifikującym go do tego leczenia.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r., w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. Nr 247, poz. 1819 ze zm.) w powołanym w skardze kasacyjnej § 16 ust. 2 stanowi, że w karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego należy podać: rozpoznanie choroby w języku polskim (pkt 1), wyniki badań diagnostycznych i konsultacyjnych (pkt 2), zastosowane leczenie, w przypadku wykonania zabiegu - jego datę, (pkt 3), wskazania dotyczące dalszego sposobu leczenia, żywienia, pielęgnowania lub trybu życia (pkt 4), orzeczony przy wypisie okres czasowej niezdolności do pracy, a w miarę potrzeby ocenę zdolności do wykonywania dotychczasowego zatrudnienia (pkt 5), adnotację o produktach leczniczych i wyrobach medycznych, zapisanych na receptach wystawionych pacjentowi (pkt 6), oraz terminy planowanych konsultacji (pkt 7). Wbrew więc zarzutowi skarżącego, z unormowania tego (§ 16 ust. 2 pkt 4) wynika, że karta informacyjna z leczenia szpitalnego może zawierać treść stanowiącą kwalifikację szpitalną do żywienia pozajelitowego lub dojelitowego.

Niedopełnienie obowiązków wyżej zasygnalizowanych dawało podstawę do oceny, że przekazanie przez Fundusz, za zakwestionowane świadczenia środki budżetowe, były środkami finansowymi nienależnymi podlegającymi zwrotowi w terminie 14 dni. zgodnie z § 28 ust. 1 rozp. Przepis ten wprost więc ustanawia roszczenie dla Narodowego Funduszu Zdrowia, co do przekazanych środków, jeżeli zostały wykorzystane na świadczenia zdrowotne wykonane w sposób naruszający umowę. Unormowanie to, kwalifikuje więc kwoty przekazane, jako nienależne i podlegające zwrotowi, a czynności naruszające stosunek prawny nawiązany pomiędzy stronami, jako "wykonanie umowy niezgodnie z jej postanowieniami". Jeśli do tego dodać, że rzeczywiście nie powinno się konstruować roszczeń w reżimie bezpodstawnego wzbogacenia wewnątrz umownych stosunków zobowiązaniowych, to możliwym do przyjęcia kierunkiem wykładni omawianego unormowania jest, że stanowi ono samodzielne źródło zobowiązania. Przemawia za tym także argument, wynikający z wykładni systemowej, tj. to, że § 29 rozp. przewiduje możliwość zastrzegania w takim wypadku w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej kar umownych.

Stosowanie, nawet posiłkowe w tym wypadku art. 410 i 411 k.c. efektu dla skarżącego przynieść nie mogło, gdyż w odniesieniu do działań świadczeniodawcy nie miały zastosowania art. 7 u.z.o.z. lub art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. Nr 277, poz. 1634). Przepisy te, nakazując udzielanie świadczeń w przypadkach nie cierpiących zwłoki, mocą ustawy modyfikują w istocie treść stosunku obligacyjnego, wynikającego z zawartej pomiędzy stronami umowy i uzasadniają żądanie zapłaty za udzielone w tym trybie świadczenia. Ich stosowanie ograniczone jest jednak do sytuacji natychmiastowej potrzeby udzielenia pomocy medycznej, w razie zagrożenia życia lub zdrowia człowieka lub w innych przypadkach niecierpiących zwłoki (np. pacjenci z udarem mózgu, zawałem serca, poszkodowani w wypadkach drogowych). Korespondują one bowiem z pojęciem stanu nagłego w rozumieniu w art. 5 pkt 33 u.ś.o.z. W następstwie odesłania do art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) za stan nagłego zagrożenia zdrowotnego na gruncie u.ś.o.z. przyjmuje się stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów

pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Wymagań tych zasadniczo nie spełnia wykonanie czynności, wprawdzie niezbędnych, ale podjętych w zaplanowanych wcześniej i uzgodnionych z pacjentem terminach, gdy ponadto z innych przyczyn nie zachodzi konieczność udzielenia świadczeń przez tego świadczeniodawcę. Działanie w warunkach nagłych ze swej istoty ma w zasadzie charakter jednorazowy (nawet gdy mieści w sobie szereg czynności), nie zaś charakter ciągłej opieki medycznej z bliżej nieokreślonym terminem jej zakończenia.

W tym stanie rzeczy, na podstawie art. 398¹⁴ k.p.c. należało orzec jak w sentencji.